

# Naar marktverhoudingen in de gezondheidszorg?

Citation for published version (APA):

Baakman, N. (1986). Naar marktverhoudingen in de gezondheidszorg? de ziekenhuisbouw tussen 1960 en 1985. In JGA. van Mierlo (Ed.), *Particulier initiatief in de gezondheidszorg* (pp. 81-96). Van Gorcum.

## Document status and date:

Published: 01/01/1986

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Document license:

Unspecified

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

Sociaal Economische Raad, 1973, *Advies inzake de structuur van de verzekeringen tegen kosten van geneeskundige verzorging*, s'-Gravenhage.  
 Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8462, nr. 1 (Volksgezondheidsnota 1966).  
 Tweede Kamer, vergaderjaar 1989-1990, 21.545, nrs. 1-2 (Werken aan zorgvernieuwing).  
 Tweede Kamer, vergaderjaar 1989-1990, 21.592, nr. 3 (Memorie van Toelichting bij Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase).  
 Ven W.P.M.M. van de, 1983a, Ziektekostenverzekering en de collectieve sector, in: M.Brouwer en M.J. Ellman (red.), *De collectieve sector in de crisis*, Deventer, 1983.  
 Ven W.P.M.M. van de, 1983b, Ziektekostenverzekering en financiële prikkels tot doelmatigheid (I en II), in *Economisch-Statistische Berichten*, 68, nr. 3390 en 3391.  
 Ven W.P.M.M. van de, 1990, Perestrojka in de gezondheidszorg, in *Economisch-Statistische Berichten*, 75, nr. 3765, pp. 628-631.  
 VNZ/KLOZ, 1983, *Vrijwillig Perspectief*, augustus.  
 Zeven P.A., 1963, *Ziektekostenverzekering*, Amsterdam.

## 5. NAAR MARKTVERHOUDINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG?

### De ziekenhuisbouw tussen 1960 en 1985

N.A.A. Baakman \*

#### 1. Inleiding: de trefwoorden van het gezondheidszorgbeleid

Terugblikkend zijn de jaren tachtig de jaren van een hernieuwd geloof in de weldadige werking van de markt geworden. Ook, en dat leek lange tijd paradoxaal, als het ging om problemen waar het openbaar bestuur mee worstelde. Politici, ambtenaren en bestuurders hebben zich van de marktmetafoor en zijn annexen meester gemaakt en brachten het woord, soms voorzichtig en geconditioneerd, maar ook wel onbesuisd en slecht overwogen in allerlei varianten te berde bij het presenteren van oplossingen voor bestuurlijke problemen. Als er belangrijk advies gevraagd moest worden gebeurde dat in de jaren tachtig bij voorkeur bij, of onder leiding van bankiers (Commissie Oort), industriëlen (Commissies Dekker, Swartouw, Rathenau) of andere tycoons uit de marktsector. Ook in de gezondheidszorg, met name voor wat betreft de daar vigerende verhoudingen tussen de diverse overheden, de paragouvernementele instanties (zie daarover Baakman, 1988: passim) en de organisaties van het particulier initiatief was dat het geval. Niet dat Den Haag er op uit was of is een volledig commerciële gezondheidszorg te scheppen. Maar wel zouden meer concurrentie tussen, en meer marktconform of bedrijfsmatig handelen van de betrokkenen moeten leiden tot beheersing der kosten, tot meer doelmatigheid, betere onderlinge afstemming en een verhoogde doeltreffendheid. De weg daar naar toe zou een systeem van 'gereguleerde concurrentie' (Maarse 1990: p. 361) moeten zijn. Dat is tenminste de ideologische kern van het rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie Dekker) dat in 1987 verscheen.

Deze alleszins eerbare doelstellingen (kostenbeheersing, doelmatigheid en doeltreffendheid) zijn overigens oude desiderata (ook aan te treffen in de Structuurnota, Bijlage Handelingen II 1973-1974, nr. 13012), die staatssecretaris Hendriks al in 1974 het licht deed zien. Maarse (1990: p. 364) heeft terecht gewezen op de parallelen tussen de Structuurnota en het rapport van de Commissie Dekker. Alleen zou volgens de Structuurnota een en ander bereikt moeten worden via openbaar bestuur, via wet- en regelgeving en planning. De centrale overheid zorgde voor de wet- en regelgeving, en de lagere overheden, met name de provincies, stelden in samenspraak met paragouver-

nementele instanties als het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, de Provinciale raden enzovoort, én met de uitvoerende organisaties van het particuliere initiatief de (ontwerp)plannen op.

Zo zou het moeten gaan, meende men toen in Den Haag, en zo ging het ook wel, al kwamen er hinderlijk veel regeltjes (zie voor een overzicht voor de ziekenhuisbouw Baakman, 1989: p. 211), duurde het lang, zeer lang, voor de betreffende wetten operationeel waren (voor de Wet Ziekenhuisvoorzieningen was dat 11 jaar) als zij dat al werden, en waren in 1989 pas 11 van de 81 voorziene plannen vastgesteld (Bijlage Handelingen II 1989-1990 nr. 21647 nr. 2: p. 58). In het rapport over planning en bouw van ziekenhuisvoorzieningen dat de Rekenkamer in 1989 publiceerde was de voornaamste conclusie dan ook, dat de overheid met dit instrumentarium er niet in geslaagd is "een effectief en efficiënt beleidsproces tot stand te brengen. (...) Voor zover kostenbeheersing heeft plaatsgevonden (let wel: voor zover, blijkbaar is dat omstreden, *N.B.*) vraagt de Rekenkamer zich af in welke mate dit het gevolg is geweest van de door de minister gebruikte instrumenten" (Bijlage Handelingen II 1989-1990 nr. 21647 nr. 2: p. 58).

Empirisch onderzoek naar het feitelijk verloop van bouwbesluiten tussen 1960 en 1985 (Baakman 1990: pp. 73-206) geeft een indruk van wat voor een frustrerende bestuurlijke ellende achter die koele constatering van de Rekenkamer schuil gaat. En helaas is er weinig aanleiding te veronderstellen dat op andere deelterreinen van de gezondheidszorg het er wezenlijk anders aan toe gegaan is. Die planning, wet- en regelgeving en de interventies van het openbare bestuur moesten een oplossing bieden voor de problemen die onder het aan de Structuurnota voorafgaande ideologische regime gegroeid waren. Die eerdere ideologie is misschien wel het beste verwoord in de Volksgezondheidsnota van minister Veldkamp uit 1966. Deze liet daar in schrijven dat "naar (zijn) indruk het aandeel van de gezondheidszorg in het nationale inkomen niet aan de hoge kant is" (Bijlage Handelingen II 1965/1966, nr. 8462: p. 11), en dat de kern van zijn beleid "autonome ordening van de maatschappelijke krachten" was (Bijlage Handelingen II 1965/1966, nr. 8462: p. 168). Wat het particuliere initiatief deed was in die dagen, met andere woorden, welgedaan en de overheid verstrekke zonder veel morren de middelen.

Het geld kon echter wel degelijk op, zo bleek later, en de zelfordening der maatschappelijke krachten leidde niet tot een doelmatig en samenhangend stelsel van voorzieningen, laat staan tot beheersing der kosten, hetgeen uiteindelijk de Structuurnota uitlokte. Maar helaas, zoals hiervoor betoogd, net zo min als 'autonome ordening der maatschappelijke krachten' vermochten planning, wet- en regelgeving en bestuur de betrokken organisaties collectief of individueel te bewegen tot het beoogde doelmatige, doeltreffende, gecoördineerde en kostenbewuste gedrag. Zouden meer op een markt lijkende verhoudingen tussen de betrokken organisaties dat wel kunnen? En zijn die verhoudingen wel in te voeren? Dat zijn de vragen die ons in het onderstaande bezig zullen houden. Een definitief antwoord is nu, anno 1991 natuurlijk nog niet te geven: voor duidelijk zichtbaar werd wat de autonome zelfordening en vervolgens planning en wet- en regelgeving in de gezondheidszorg vermochten,

waren er vele jaren verstreken. Maar op basis van een conceptuele analyse en extrapolatie van inzichten in een kwart eeuw ontwikkeling van de besluitvorming over de planning en bouw van ziekenhuizen (vide Baakman, 1989: passim) kunnen wij wel een redelijk gefundeerde voorspelling doen.

Wij gaan in het onderstaande als volgt te werk. Eerst wordt, wellicht ten overvloede, kort de precieze betekenis van de nieuwe trefwoorden van het beleid besproken. Vervolgens gaan wij in paragraaf 3 na wat de meerwaarde daarvan zou kunnen zijn. Er zijn, zo zal blijken wel wat kanttekeningen bij te maken, maar een waardevolle kern blijkt in het nieuwe denken over de besturing van de gezondheidszorg óók aanwezig. De vervolgvraag is dan of het nieuwe gedachtengoed wel in nieuw beleid te gelde gemaakt kan worden: een goed idee is immers één ding, maar het uitvoeren een ander. In paragraaf 4 doen wij daar een voorspelling over. Om de daar gedane bewering te kunnen staven bespreken wij in paragraaf 5 de resultaten van empirisch onderzoek naar de grenzen van bestuur, om in paragraaf 6 ten slotte de conclusies te formuleren.

## 2. De nieuwe trefwoorden

Van het nieuwe denken over de besturing van de gezondheidszorg lijken vooral de begrippen commercieel, markt en marktgericht en concurrentie de kern te zijn. Over de betekenis van die begrippen is weliswaar geen groot nieuws te melden, maar in het vuur van het politieke en bestuurlijke debat lijkt men daar niet altijd even zorgvuldig mee om te gaan, zodat op dit gebied het geheugen wat opfrissen geen kwaad kan.

Beginnen wij met de term commercieel, die in de bedrijfskunde en in het bijzonder haar specialisatie commercieel management, zo'n belangrijke rol speelt. Commercieel management betekent kortweg: streven naar een optimaal bedrijfsresultaat. Volgens sommigen betekent dat een zo hoog mogelijk financieel rendement, volgens anderen is het streven naar continuïteit van de organisatie primair, waar dan weer tegen ingebracht wordt dat de beste garantie voor het voortbestaan van een commerciële organisatie het maken van voldoende winst is. Onomstreden is in elk geval dat het onrendabel functioneren van een commercieel bedrijf de organisatie op termijn naar de ondergang voert.

In de vaderlandse gezondheidszorg is 'commercieel' lange jaren als een vies woord beschouwd, omdat het onbehoorlijk zou zijn aan andermans ellende te verdienen. Daar is uit ethisch oogpunt wel iets voor te zeggen, maar enigszins wereldvreemd is het ook. Een professionele gezondheidszorg - en wie wil er op dit gebied met amateurs van doen hebben? - is op charitatieve basis onmogelijk geworden. Hoe gedreven verplegenden en artsen ook zijn, ook zij moeten in hun levensonderhoud voorzien en als dat niet in de gezondheidszorg kon, zou de overgrote meerderheid spoedig elders emplooi (moeten) zoeken.

De praktische vraag is dus niet of er aan andermans ellende verdiend wordt, want dat gebeurt, zowel in de gezondheidszorg als op talloze andere

terreinen, en het is onontkoombaar. Het gaat er veeleer om of de patiënt voor- dan wel nadeel van een (semi)commerciële gezondheidszorg heeft. Krijgt de patiënt-klant onder commercieel management tegen de laagst mogelijke kosten de zorg en behandeling waar hij behoefte aan heeft? Dat hangt van de marktstructuur af, leert de bedrijfskunde. Is er sprake van een 'sellers market', is, met andere woorden, de producent souverain of bijna souverain, dan niet. Dan verdient de gezondheidszorgproducent zijn geld zonder dat hij zich veel aan de wensen van de klant of aan diens portemonnaie gelegen hoeft te laten liggen. Maar in een 'buyers market' is de situatie veel gunstiger: dan is de aanbieder gedwongen markt- en dus klantgericht te opereren.

Marktgericht zijn wil zeggen: in de bedrijfsvoering de behoeften van de potentiële afnemer centraal stellen, dus er voor zorgen dat bovenal de klant tevreden is. In het geval van een 'sellers market' is het niet commercieel daar sterk de nadruk op te leggen, want het kost geld en moeite en het drukt de resultaten. Waarom zou men dat doen als de klanten toch wel komen, simpelweg omdat er geen keus is? Maar is er sprake van een 'buyers market', dat is een markt waarop de afnemers (bijna) souverain zijn, dan is het commercieel gezien zelfmoord niet marktgericht te zijn. Dan moet de producent zich wel om de behoeften van de klant bekommeren, want die kan ook elders terecht. Kortom, commercieel management van de gezondheidszorg kan volgens de bedrijfskundige en micro-economische markttheorie in het geval van een 'buyers market' wel degelijk in het belang van de patiënt zijn, mits die koopkrachtig is natuurlijk.

Dat brengt ons bij het begrip markt, een begrip dat vele betekenissen draagt. Aanvankelijk stond het begrip markt voor de geografische plaats waar vragers en aanbieders elkaar opzochten; later ook voor het bij elkaar komen van vraag en aanbod, voor ruiltransacties in abstracte zin. Daarom is er al een markt voor gezondheidszorg sinds er mensen zijn die zich op het verstrekken van die zorg toeleggen en andere mensen die van hun diensten gebruik willen maken. In die zin zegt het woord markt bijzonder weinig, want de kern van de zaak is immers in welke verhoudingen vragers en aanbieders of consumenten en producenten ten opzichte van elkaar staan. Dat het marktverhoudingen zijn zegt op zichzelf niets meer dan dat het om zakelijke, en niet om affectieve, amoureuze, charitatieve, autoritaire of paternalistische verhoudingen gaat: de een kan of heeft iets waar de ander behoefte aan heeft en wat hij in ruil voor een overeengekomen tegenprestatie, dus tegen een prijs (al dan niet vooraf in de vorm van premies of belastingen vooraf voldaan) kan bekomen. Zakelijke verhoudingen draaien om transacties, om de overdracht van een zaak, een goed of een dienst, en de rest is dan secundair.

Ook staat het begrip markt wel voor het bestaan van een behoefte tout court. 'Is daar een markt voor?' vraagt men dan, of men ontdekt 'een gat in de markt', dat wil zeggen: een latente vraag waarin (nog) niet door andere producenten voorzien wordt. Ook die betekenis is voor de bestuurlijke problemen in de gezondheidszorg niet de meest relevante, omdat daar conform de wet van Say het aanbod de vraag lijkt te scheppen.

Wel relevant, maar dan vooral ideologisch relevant, is een derde betekenis. Dan staat de term markt voor een economisch model: het uit de economie-

boekjes welbekende model van een volkomen markt. Dit model, met als voornaam kenmerk dat er volledige mededinging tussen vele aanbieders bestaat, heeft schitterende eigenschappen: de producenten worden gedwongen tot maximale efficiëntie, de allocatie is optimaal en de klant krijgt wat hij wil en waar voor zijn geld. Dat is allemaal wiskundig te bewijzen en heel aantrekkelijk, maar, en dat wordt nog wel eens vergeten, het is een normatief en geen beschrijvend model. Hoezeer dat het geval is, kan blijken als wij bedenken dat in het model van een volkomen markt er geen winst gemaakt kan worden! De verhoudingen tussen vragers en aanbieders in het model zijn de theoretisch ideale, maar zelden of nooit de kenmerken van een werkelijke markt.

In de werkelijkheid zijn markten vrijwel altijd onvolkomen markten en ook maar heel zelden redelijke benaderingen van het model van een volkomen markt. Daarom zijn de meeste echte markten adequater te beschrijven in termen van andere markt vormen, bij voorbeeld een (partieel) monopolie (één aanbieder, dan is er dus geen concurrentie) of een oligopolie (enkele aanbieders tegenover veel vragers). Maar zelfs een markt met slechts enkele aanbieders kan voor efficiëntie, een goede allocatie en goed bediende klanten zorgen, mits, en daarmee zijn wij bij het laatste hier te bespreken begrip, er maar voldoende concurrentie tussen de aanbieders heerst.

Wedijver tussen aanbieders die moeten dingen om de gunst van de klant, dat wil zeggen een buyers market, is in het voordeel van de afnemers, maar niet in dat van de aanbieders. De laatsten hebben er dan ook alle belang bij de onderlinge concurrentie te beperken of uit te schakelen. Door fusies en overnames, door (prijs-)afspraken, verdeling van de markt, het scheppen van deelmarkten of door het creëren van een partieel monopolie. Dat laatste kan bij voorbeeld door zorgvuldig een exclusief imago van het eigen produkt op te bouwen. Die beeldvorming voorkomt de overstap naar een andere aanbieder, omdat de klant diens produkt of dienst niet gelijkwaardig acht, ook al is er objectief sprake van dezelfde of zelfs een betere kwaliteit en/of een lagere prijs!

Mededinging kan dus in het voordeel van de klant zijn, maar het hoeft niet. Concurrentie op basis van prijs en/of kwaliteit is in het voordeel van de consument, maar niet iedere wedijver op de markt heeft op die basis plaats. In de marketing onderscheidt men in dat verband ongedifferentieerde produkten. Bij die produkten ziet de consument geen verschil tussen het produkt van de ene en dat van de andere leverancier. Voorbeelden zijn benzine, suiker, zout, eieren, wasmiddelen of aardappelen. Desalniettemin doet ook in die gevallen de producent vaak alle mogelijke moeite de consument aan zich te binden en af te houden van een overstap naar de concurrentie. Dat betekent maar al te vaak een vlucht in randverschijnselen als spaarzegeltjes, 'gratis' geschenken met of zonder bijbetalen, luxe verpakkingen en volstrekt irrationele en soms mateloos irritante image building. Dat soort concurrentie kan alle redelijke perken te buiten gaan, zoals de wasmiddelenmarkt laat zien. In die sector gaat tot een kwart van de omzet op aan dit soort marketing, waarvan men zich in gemoede moet afvragen wat de consument aan deze concurrentie heeft: het produkt wordt er niet anders van, en de prijs had een stuk lager gekund als de bedrijven die grote marketinguitgaven niet zouden hebben.

Het is niet geheel denkbeeldig dat ook de gezondheidszorgaanbieders alleen maar kunnen gaan concurreren op basis van iets anders dan kwaliteit of prijs. In de gezondheidszorg is immers, net als bij veel andere professionele diensten, de cliënt niet of nauwelijks in staat de kwaliteit van de geboden dienstverlening te beoordelen en kan er dus sprake zijn van een ongedifferentieerd produkt. Met die kanttekening zijn hebben wij eigenlijk al de overstap gemaakt naar de volgende vraag: wat is de bestuurlijke waarde van de nieuwe beleidsterminologie?

### 3. De waarde van de nieuwe trefwoorden

Het voorgaande moet in elk geval duidelijk gemaakt hebben dat termen als markt, commercieel management en concurrentie ook niet de Haarlemmer olie voor de problemen in de gezondheidszorg kunnen vormen; toverwoorden zijn het in elk geval niet. De kernvragen zijn immers wat voor een soort markt er zal ontstaan, of er wel geconcentreerd gaat worden, en op basis waarvan dan wel. Dat neemt echter niet weg dat er wel degelijk een waardevolle kern in het nieuwe denken over de besturing van de gezondheidszorg zit.

Ten eerste is dat het besef dat prikkels die de burger in zijn rol van patiënt of consument aanspreken op zijn welbegrepen eigenbelang (en het eigenbelang nastreven is de kern van de marktwerking) een goede gedragsregulator kunnen zijn. Niet zelden werken prikkels of incentives veel beter en efficiënter dan wetten en voorschriften dat doen. Met regelgeving kan op allerlei wijzen creatief omgegaan worden, hetgeen men doorgaans doet omdat men meent zo het eigen belang beter te dienen. De prikkel van het eigenbelang is dan sterker dan het morele gezag van de wetgever.

En ten tweede is, zoals ik elders omstandig betoogd heb, de sterkst denkbare stimulans voor organisaties het eigen gedrag aan te passen, het alert makende besef dat niet-aanpassing op termijn kan leiden tot ondergang van de betreffende organisatie. Dat impliceert echter niet noodzakelijkerwijs het winststreven. Ook voor not for profit organisaties geldt dat de sterkste impuls tot gedragsverandering bestaat uit het gevaar bij onaangepast gedrag te zullen sneven. Klantgerichtheid kan heel goed ook zonder winst oogmerk bestaan, als men maar de voor iedere organisatie levensnoodzakelijke toevoer van input afhankelijk weet te maken van een terugkoppeling op de kwaliteit en de prijs van de geleverde output (Baakman, 1989: p. 47).

Het zou, en dat is de derde opmerking, er om moeten gaan een systeem van sturing door middel van regels, planning en voorschriften te vervangen door een systeem waarin meer nadruk ligt op prikkels of incentives. Het willen introduceren van marktverhoudingen in de gezondheidszorg zonder nadere specificatie van de verhoudingen is een zinledig streven, want in algemene zin zijn die marktverhoudingen er al (zie hierboven). Het mag ook niet gaan om concurrentie zonder meer, want tijdens de 'autonome zelfordening' en in de afgelopen decennia beconcurreerden de zorgaanbieders elkaar ook. Alleen ging het toen niet over prijs of kwaliteit, maar, al beleefde men dat niet in die termen, om het marktaandeel op regionale deelmarkten.

Nee, het moet gaan om het scheppen van zodanige verhoudingen tussen de betrokken organisaties onderling aan de ene, en de burger-patiënt-consument aan de andere kant, dat kostenbewuste, doelmatige en doeltreffende gedragingen aantrekkelijk, en verspillend en inefficiënt handelen onaantrekkelijk worden. Dat is mijns inziens de waardevolle kern van het nieuwe denken over de besturing van de gezondheidszorg.

Daarbij zijn echter twee kanttekeningen te maken. De eerste kanttekening is dat het vervangen van regels, plannen en voorschriften door een vorm van incentive-sturing op zichzelf het technische besturingsprobleem niet kleiner maakt. Het bedenken van verhoudingen waarin, door de aard van die verhoudingen zelf, 'gewenst' gedrag beloond en 'ongewenst' gedrag bestraft wordt is geen geringere bestuurstechnische opgave dan het verzinnen en handhaven van regels en wetten die tot het beoogde gedrag van de betrokken organisaties en de burger zullen leiden (zie Baakman, 1987: p. 29). De vraag of het stelsel van voorschriften onder alle omstandigheden wel steeds het bedoelde gedrag voorschrijft en of de regels nageleefd en de juiste plannen gemaakt en uitgevoerd zullen worden, is bij incentive sturing immers vervangen door de niet minder moeilijke vraag of de ingebouwde prikkels wel in de juiste richting zullen werken, of zij wel sterk genoeg zullen zijn en of zij niet door andere prikkels of een andere perceptie van het eigenbelang geneutraliseerd of van richting veranderd zullen worden. De ervaring met de inmiddels afgeschafte medicijnenknaak is wat dat betreft een veeg teken.

Op de vraag of de Commissie Dekker in die zin de aanzet tot een deugdelijk incentive-stelsel ontworpen heeft zal ik hier niet ingaan. De problemen zullen naar mijn overtuiging rijzen op een vlak waarop de Commissie niet competent was, namelijk wat er met haar gedachtengoed gebeuren zal. Dat is de tweede kanttekening die ik bij het nieuwe denken over de besturing van de gezondheidszorg wil maken. Kan, aangenomen dat wij zo'n stelsel hebben of het anders zouden kunnen bedenken, dat wel ingevoerd worden? De rest van mijn betoog is aan het beantwoorden van die prangende vraag gewijd.

### 4. Een voorspelling

Zou, dat is nu de hamvraag geworden, de bewindsman van volksgezondheid de waardevolle kern van het nieuwe denken over de besturing van de gezondheidszorg in daden om kunnen zetten? Ik acht, met alle respect, die kans niet zo groot, en wel om dezelfde reden als waarom in een eerdere fase planning, regelgeving en bestuur niet het beoogde resultaat opleverden. En dat is niet omdat het slechte ideeën zijn of waren: met planning en wetgeving kan wel degelijk goed beleid gevoerd worden. Ik denk ook niet dat het zal mislukken omdat de politieke wil ontbreekt, en nog minder omdat de betrokken bewindslieden slecht, dom of kwaadwillend zijn, al kan dat natuurlijk allemaal in meerdere of mindere mate het geval zijn of zijn geweest. Maar wel, zo luidt mijn voorspelling, omdat de grenzen van bestuur in de gezondheidszorg de invoering van een nieuw besturingsstelsel kunnen verhinderen. Die voorspel-

ling berust op een vooronderstelling en op extrapolatie van de resultaten van empirisch onderzoek.

De vooronderstelling behelst dat de bewindsman of -vrouw van volksgezondheid te maken heeft met een bestaand stelsel, met een web van gevestigde instanties en belangen, van gegroeide verhoudingen, verwachtingen, omgangsvormen en routines. Hij kan niet met een schone lei opnieuw beginnen, doch moet bedenken dat de bestuurlijke werkelijkheid van vandaag voortgekomen is uit die van gisteren en eergisteren, en dat de toestand van morgen alleen maar te begrijpen zal zijn als wij die van vandaag ook in beschouwing nemen. Van de geschiedenis kun je je, ook in bestuurszaken, niet ontdoen, is kortom de gedachte. En die geschiedenis laat zien dat geen bewindsman de verhoudingen in de gezondheidszorg naar zijn hand kon zetten. Niet toen het om autonome zelfordening ging (merk overigens op dat een vrije markt ook een vorm van zelfordening is, zij het, naar het woord van Adam Smith, ordening door een onzichtbare hand) en ook niet toen openbaar bestuur, planning en wetgeving het devies werden. Ook toen kon geen bewindspersoon de beoogde onderlinge verhoudingen opleggen, en ik vermag niet in te zien waarom dat nu wel zou kunnen.

Dat dat in elk geval op ziekenhuisbouwgebied niet kon, heb ik aangetoond in een uitgebreid onderzoek naar de grenzen van bestuur op dit gebied tijdens de periode 1960-1985 (Baakman, 1990: passim). Het onderzoek betreft weliswaar niet de totale gezondheidszorg, maar wel een tamelijk centraal deelterrein. Een terrein dat nauw verweven is met het geheel, omdat de intramurale voorzieningen nog steeds het zwaartepunt van de gezondheidszorg vormen, omdat daar de meeste kosten gemaakt worden, en het bij beslissingen over de bouw van ziekenhuizen gaat om investeringen die de structuur van de gezondheidszorg in de betreffende regio voor vele decennia in belangrijke mate vastleggen. Over de uitkomsten van de besluitvorming op dat terrein heeft het eerder aangehaalde rapport van de Rekenkamer de staf gebroken. Uit het door mij verrichte onderzoek kan blijken waarom de gang van zaken zo onbevredigend functioneerde: de op dat gebied bestaande grenzen van bestuur dragen daar, onder het compleet negeren van de goede bedoelingen van de betrokken bewindslieden zorg voor. Diezelfde grenzen van bestuur, meen ik, spelen mutatis mutandis ook een rol in de besturing van de gehele gezondheidszorg. Vandaar mijn scepsis over de mogelijkheden het nieuwe denken in effectief beleid om te zetten. Zonder nadere adstructie is dat natuurlijk een oncontroleerbare bewering. Daarom gaan wij nu bezien wat die grenzen van bestuur dan wel zijn en wat deze betekenden voor de planning en bouw van ziekenhuisvoorzieningen.

##### 5. De empirische basis: de grenzen van bestuur en de ziekenhuisbouw tussen 1960 en 1985

In het bedoelde onderzoek is een besluit over de bouw van een ziekenhuis opgevat als de uitkomst van een spel. Niet het soort in wiskundige symbolen gestyleerde 'spel' dat bekend is uit de speltheorie, want die geformaliseerde

benadering staat in mijn ogen veel te ver van het werkelijke bestuurlijke leven af. Men moet veel meer denken aan de analogie met de structuur van een spel als bridgen of schaken. Alleen zijn bestuursspelletjes veel ingewikkelder, want er zijn meer deelnemers (waaronder collectieve spelers, met een op de achtergrond meespelende achterban), de regels zijn niet zo eenduidig en veranderen tijdens het spelen, en ook duurt een bestuurspel veel langer dan een potje kaarten.

Het gebruikte spelmodel (zie voor een uitgebreide beschrijving en onderbouwing Baakman, 1990: pp. 28-43) heeft dus geen strak geformaliseerde, doch de gewone huis-tuin-en-keuken dimensies zoals onder andere een inzet (de bouw van een bepaald ziekenhuis), spelers (de betrokken besturen en bestuurders), spelregels (waaronder de Wet Ziekenhuisvoorzieningen), en zetten (bestuursdaden van de betrokkenen). Er zijn nog meer componenten, maar die laat ik hier buiten beschouwing.

Voor een historiserende beschrijving van de besluitvorming over de bouw van ziekenhuizen tussen 1960 en 1985 - en een historiserende beschrijving is hier vereist, omdat bij besluitvorming over de bouw van een ziekenhuis vijf jaar een hele korte periode is - bleek het model heuristisch heel bruikbaar te zijn (zie Baakman, 1990: pp. 73-204). Dat kan het ook zijn voor de beschrijving van andere complexe besluitvormingsprocessen, mits men maar over het empirische materiaal kan beschikken om het model aan te kleden: omvangrijk archiefonderzoek is hier onontbeerlijk.

Maar, en dat is hier van meer belang, het model is ook heel geschikt om inzicht te krijgen in de ligging van de grenzen van bestuur, en meer in het bijzonder in de verschuiving van die grenzen in de loop van de tijd. De theoretische grenzen van bestuur zijn globaal te omschrijven als het antwoord op de vraag wat zoal tot het onderzochte bestuurspel behoort, wat de aard van het spel is, en wat de spelers vermogen in de zin van het gericht beïnvloeden van de te besturen ontwikkelingen, of, met andere woorden, het beïnvloeden van het verloop en de uitkomst van het spel. De theoretische grenzen van bestuur volgen uiteraard logischerwijs uit het spelmodel. In het empirische onderzoek gaat het vervolgens om het vinden van antwoorden op vragen als:

- wie spelen er mee?
- wat zijn de geldende spelregels?
- wat zijn de gedane zetten, wat is de ratio ervan?
- wat is de invloed van de spelcontext op het spelverloop?
- wat is de speelsterkte van de spelers?
- wat is de logica van het spel als geheel?

Het antwoord op die vragen is voor de ziekenhuisbouw nogal omvangrijk en zal hier niet aan de orde komen. Interessanter voor dit betoog is het antwoord op de vraag of de gevonden grenzen van bestuur in de loop van de onderzochte periode die niet minder dan een kwart eeuw omvat, ook verschoven zijn. De redenering is dat de grenzen van bestuur zijn verschoven als op een ander tijdstip een ander antwoord op de bovengestelde vragen gevonden wordt. Uit de onderlinge vergelijking van die antwoorden per casus blijkt dan of, en zo ja in welke richting de grenzen van bestuur verschoven zijn (zie voor een extensievere onderbouwing Baakman, 1990: pp. 21-71).



In het betreffende onderzoek zijn daarom zes besluitvormingsprocessen die, met enige overlap, gezamenlijk de periode 1960-1985 bestrijken onderling vergeleken op (onder andere) de bovengenoemde punten. Uit die vergelijking bleek dat de grenzen van bestuur inderdaad verschoven zijn, en wel voortdurend in dezelfde richting. Ik kon, met ander woorden, trends in het verschuiven van de grenzen van bestuur blootleggen. Trends die, zo is hierboven betoogd, *mutatis mutandis* vermoedelijk gelden voor de besluitvorming over de gehele gezondheidszorg. En dus is de volgende vraag: wat zijn die trends?

Ten eerste groeide het aantal spelers fors: aanvankelijk was de bouw van een ziekenhuis hoofdzakelijk een spel tussen een ziekenhuisbestuur en het departement. Maar tegen het einde van de onderzoeksperiode werd er ook meegespeeld door de andere ziekenhuizen uit de regio, gemeentebesturen, een regio-orgaan, de Inspectie, actiegroepen, externe adviseurs, de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid, Gedeputeerde Staten, Provinciale Staten, het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, andere departementen (Financiën!), betrokken medici, de ondernemingsraad, etcetera. Kortom, de aantallen spelers groeiden, en collectieve spelers gingen met meer monden spreken. Op gemeentelijk niveau deden in een casus zowel de burgemeester, een drietal wethouders, de Raad, het College, raadsfracties, ambtelijke afdelingen en een Raadscommissie zelfstandig zetten. De eerste trend is dus: meer spelers.

De tweede trend is, hetgeen wel niemand zal verbazen, dat het aantal regels groeide. Er kwam veel meer, en hele complexe wetgeving en vooral pseudowetgeving met vele aanhangsels, toelichtingen, uitvoeringsbesluiten en wat al niet meer. Het opvallende daaraan is dat die regels weinig inhoudelijks voorschrijven, maar vooral procedurele dwang uitoefenen door vormvoorschriften, termijnen, (plan)procedures, het opsommen van betrokkenen, het verplicht stellen van advisering en dergelijke. Kortom, de nieuwe regels zeggen voor een bepaalde situatie niet zozeer steeds duidelijker 'wat' moet, maar in steeds meer gevallen *hoe* het dat onbepaalde 'wat' procedureel bereikt moet worden. Dat is de tweede trend: meer regels, en dan vooral procedurele, geen inhoudelijke regels.

Ook het aantal zetten dat klaarblijkelijk nodig was om het spel tot een afronding te laten komen nam flink toe. Dat is, gegeven het voorgaande, bijna logisch te noemen. Dat is de derde trend: er bleken steeds meer zetten nodig om het spel tot een afronding te laten komen, en alle fasen van de besluitvorming duurden dan ook navenant langer. Het verkrijgen van instemming in beginsel met de bouw van een ziekenhuis (inclusief capaciteitsvaststelling) kostte in de eerste onderzochte casus nog geen honderd dagen, maar een slordige twintig jaar later vroeg dat in een andere casus al bijna drieduizend etmalen (Baakman, 1990: p. 209).

Interessant is ook de motivatie die men achter de gedane zetten kan vermoeden. Dan gaat het om de ratio ervan, en die veranderde ook. In het begin van de onderzoeksperiode waren de afgegeven zetten overwegend doelrationeel. Dat wil zeggen: de zettende speler had een voorkeur betreffende de bouw van een bepaald ziekenhuis en handelde conform. Hij handelde zo dat de kans zo groot mogelijk was dat zijn doelstelling (het ziekenhuis moet daar en daar komen, die medische functies vervullen en X bedden gaan tellen) ge-

haald zou worden. Doelrationeel gedrag was toen de regel, met andere woorden. Maar in toenemende mate kwamen er in de jaren daarna politiek rationele zetten los. Verder in de tijd gekomen hadden de betrokken spelers soms helemaal niet zo'n voorkeur aangaande het ziekenhuis waar het om ging, of, als zij die wel hadden, handelden zij gewoon in strijd daarmee. Steeds vaker liet men zich leiden door motieven afkomstig uit een heel ander domein dan de eigen voorkeuren ten aanzien van het betreffende ziekenhuis. Dan handelde men op grond van overwegingen op het gebied van de ruimtelijke ordening, de regionale werkgelegenheid, de lokale voorzieningenstructuur, het zo veel mogelijk te vriend willen houden van een andere speler, het minimaliseren van weerstand bij de achterban, het ontwijken van te verwachten moeilijkheden, de concurrentiepositie van de eigen instelling en wat dies meer zij. Zo was een gemeentebestuur vanuit volksgezondheidsoogpunt wel voor het opheffen van categorale ziekenhuizen (dat zijn - doorgaans kleine - ziekenhuizen met een of slechts enkele specialismen), maar ondernam het toch bestuurlijk actie om te voorkomen dat de plaatselijke categorale instellingen opgeheven zouden worden. In het algemeen deed men steeds vaker zetten op basis van voorkeuren uit een andere domeinen dan de ziekenhuisbouw, en dat kan wel politiek rationeel zijn, maar, als de besluitvorming over ziekenhuizen gaat, en men in dat domein geen, of zelfs heel andere voorkeuren heeft, is het in die samenhang natuurlijk niet doelrationeel. De vierde trend is, kortom, minder doelrationele en meer politiek rationele zetten.

Ook de invloed van de spelcontext op het spelverloop veranderde. Aanvankelijk leek die context er maar weinig toe te doen, maar in de loop van de tijd werden de bestuurspelen om de bouw van ziekenhuizen steeds opener, en dus contextgevoeliger. Zetten uit andere bestuurspelen, dus spelen met een heel andere inzet (ruimtelijke ordening, conjunctuurbeleid, bezuineringen, reorganisatie binnenlands bestuur, om maar eens wat te noemen) veranderden het spelverloop in de ziekenhuisbouw ingrijpend, en ook puur toeval kon de zaak gemakkelijk een heel andere wending gaan geven. Zo kon in een casus het ruimtelijk samengaan van twee ziekenhuizen voortijdig afgedwongen worden door het overlijden van een specialist. Dat is de vijfde gesignaleerde trend: meer gevoeligheid voor verstoringen van het spelverloop door invloed uit de spelcontext.

Een andere, weinig vrolijk stemmende verandering betreft het speelvermogen van de spelers. In het model heet dat eigenlijk stuurvermogen, en is het gedefinieerd als de mate waarin een speler (of een coalitie van spelers) kans ziet met zijn zetten het spel in voor hem gunstige zin te beïnvloeden of zelfs naar zijn hand te zetten. In andere termen gaat het gewoon om bestuursmacht, om het vermogen te realiseren wat men voor ogen heeft. De geanalyseerde casus geven echter het beeld van een algemeen toenemende onmacht. Wij zien steeds vaker spelers hun zin niet krijgen. De spelers, alle spelers, lijken steeds machtelozer te worden. Dat is op theoretische gronden echter niet goed mogelijk: machtsverhoudingen kunnen wel veranderen, maar als er één minder macht krijgt, moet een ander machtiger geworden zijn. Macht is immers een puur relationeel begrip. Er komt niet meer of minder macht, maar macht kan wel geconcentreerd, gespreid of anders verdeeld worden. Toch

bleek niemands macht toegenomen en werd machteloosheid troef: de laatste casus lijken een aaneenschakeling van momenten waarop spelers hun zin niet krijgen. De overheidsspelers bemoeiden zich wel met steeds meer en waren steeds vaker aan zet, maar kregen ook voortdurend niet datgene wat zij wilden. Nogmaals, theoretisch kan dat eigenlijk helemaal niet. De oplossing van dat theoretische raadsel is gevonden in het onderscheid tussen realisatiemacht en hindermacht.

De realisatiemacht van iedere speler in de ziekenhuisbouw is in de loop van de tijd afgenomen: men bereikt met veel meer moeite steeds minder van wat men wil. Ieders hindermacht daarentegen, dat wil zeggen, het vermogen om een ander te hinderen bij het nastreven van wat die voor wenselijk houdt, nam tegelijkertijd en recht evenredig toe. Zo konden de provincies en de Nationale Ziekenhuisraad de minister geweldig hinderen bij zijn streven het aantal bedden te reduceren, hoewel de minister de wettelijke bevoegdheid heeft overtollige afdelingen en zelfs hele ziekenhuizen te sluiten. Instellingen uit de regio blokkeerden het voornemen van een gedeputeerde ziekenhuisvoorzieningen te spreiden; op haar beurt zat de provincie een ziekenhuis dat voor die spreiding geen bedden wilde afstaan maar wel een nieuw onderkomen wilde, geweldig dwars door maar steeds geen plan op te stellen en door te sturen naar Den Haag. De trend op dit punt is dus afnemende realisatiemacht, onder groeiende hindermacht. Wat een speler wilde bleek steeds moeilijker te realiseren, maar wat een ander wilde steeds eenvoudiger te belemmeren of zelfs te verhinderen. Dat is de zesde trend: meer hindermacht en minder realisatiemacht.

Die laatste twee factoren, met name het gaan domineren van de politieke rationaliteit bij het doen van zetten en het groeien van de hindermacht ten koste van de realisatiemacht, hebben het spel om de bouw van ziekenhuizen een heel ander aanzien gegeven. De logica van deze bestuursspelen is een heel andere geworden. Kon men begin zestiger jaren het spelverloop en de uitkomst nog redelijk voorspellen als men maar wist wat de voornaamste betrokkenen wilden, in 1985 was de situatie volslagen anders. Toen kon men de uitkomst van het spel nauwelijks nog begrijpen uit de doelstellingen van betrokkenen op ziekenhuisbouwgebied. Er is dan ook geen speler meer die sterk, slim of bekwaam genoeg is om het spel naar zijn hand te zetten. Ook niet de minister of staatssecretaris. Het spel gaat dan in hoge mate gewoon zijn eigen gang, en wat er aan resultaten uit komt, als er al iets uitkomt, komt in elk geval heel laat, vergt hoge besluitvormingskosten, en is maar al te vaak iets dat geen der betrokken voorzien, laat staan gewild heeft. Een aardige illustratie daarvan is het volgende: het bestuur van een oud ziekenhuis streefde naar de bouw van een compleet gezondheidscentrum op een andere locatie. Aanvankelijk leek dat te gaan lukken, de bewindsman en zijn adviseurs vonden het in eerste instantie goed, doch uiteindelijk moest men, na jaren bestuurlijke strijd vaststellen dat het oude ziekenhuis gerenoveerd en een verpleegkliniek voor chronisch zieken geworden was (Baakman, 1990: p. 150).

Tegen het einde van de onderzoeksperiode was, met andere woorden, de uitkomst van het bestuurspel eigenlijk alleen nog maar goed te begrijpen uit het spelverloop, dat wil zeggen de opeenvolging van gedane zetten, de eigen

geschiedenis van het spel, en nauwelijks nog uit de voorkeuren van de spelers. Dat is, ten slotte, de zevende trend: de uitkomsten van het spel worden steeds meer bepaald door de eigen logica ervan, en steeds minder door de doelstellingen van de spelers.

Ook een andere casus illustreert dat. Alle, letterlijk alle betrokkenen waren het er in dit geval roerend over eens dat snelle nieuwbouw echt noodzakelijk was: het bestaande gebouw was niet functioneel meer en er moest dus een nieuw komen. Desondanks duurde door het gebruik van hindermacht en door politiek rationele zetten de bestuurlijke worsteling van 1975 tot 1985. Toen pas kon de staatssecretaris het groene licht geven, hoewel tot op de laatste dag een rood sein even waarschijnlijk was. Een ordinaire rel om een ziekenhuisfusie in een naburige stad zou uiteindelijk de doorslag gegeven hebben (Baakman, 1990: p. 204). Let wel, toen was er in de wijde omgeving nog geen bouwvakker gesignaleerd. De aannemer kon pas veel later aan het werk, zodat men het nieuwe onderkomen vermoedelijk pas na 1991 zal kunnen betrekken. Meer dan een decennium bestuurlijke inspanningen om een besluit te nemen dat naar zijn strekking volstrekt onomstreden was!

Op de oorzaken van deze dynamiek in de grenzen van bestuur zal ik hier niet ingaan. Dat zou in dit verband te ver voeren en het staat ook elders te lezen (Baakman, 1990: pp. 222-226). De belangrijkste vaststelling in dit verband uit het onderzoek is, dat het spel om de bouw van ziekenhuizen in hoge mate een eigen dynamiek gekregen heeft. Wat er uiteindelijk uit komt is weliswaar het resultaat van het bestuurlijk handelen van de betrokkenen, maar dat wil niet zeggen dat de zaak onder iemands controle is.<sup>1</sup>

De voornaamste conclusie van het onderzoek luidt, dat de bestaande grenzen van bestuur verhinderen dat op het gebied van de ziekenhuisbouw een speler of coalitie van spelers het spelverloop controleert. Dat geldt ook voor de bewindspersoon, ook al had en heeft die verregaande wettelijke bevoegdheden. Hij kan bij voorbeeld de provincies een aanwijzing geven een plan op te stellen. Maar waar bleven dan die 81 plannen die er volgens de wet, een wet die in nota bene in 1971 in eerste versie in het Staatsblad verscheen, moesten komen en waarvan er begin 1989 nog maar elf vastgesteld waren? En waarom lukt de beddenreductie maar steeds niet? De minister heeft wel degelijk de bevoegdheid overtollige (delen van) ziekenhuizen te sluiten, en minister Gardeniers probeerde het in 1982. Maar zij moest bakzeil halen en de zaak uit handen geven aan de provincies. Zo was in 1987 nog niet de helft van de voorgenomen reductie gerealiseerd. De gegroeide spelverhoudingen staan het eenzijdig gebruik van bevoegdheden simpelweg niet toe, en als zij wel botweg gebruikt worden sorteren zij maar weinig van het beoogde effect.

## 6. Conclusie

Als wij het voorgaande mogen generaliseren voor de hele gezondheidszorg, en vanwege het centrale karakter van de ziekenhuissector meen ik dat dat verantwoord is, dan is de conclusie dat de vaderlandse gezondheidszorg niet vanuit een centraal punt te sturen is, maar dat de ontwikkelingen op dat gebied



een eigen dynamiek vertonen. Jan en alleman sturen mee en het resultaat is dat er van gerichte beïnvloeding geen sprake kan zijn.

Het is daarom maar al te begrijpelijk dat men dan in plaats van wetten, bestuur en planning, denkt aan het introduceren van meer marktconforme 'instrumenten', omdat een van de aardige kanten van het model van een markt nu juist is dat zo'n centraal punt van waaruit gestuurd wordt ontbreekt en bij een goed werkende markt ook niet nodig is.

Toch is dat een ernstige denkfout. Er is immers op zichzelf niets mis met de gebruikte 'beleidsinstrumenten' planning en wetgeving. Zij deden weliswaar niet wat er van verwacht werd, maar dat kwam niet omdat zij bepaalde inherente gebreken vertonen, maar omdat de binnen de gezondheidszorg geldende grenzen van bestuur verhinderden dat zij teweegbrachten wat het departement hoopte. Die grenzen van bestuur zijn eigenschappen van de bestaande verhoudingen tussen de betrokkenen. Nu zijn die verhoudingen niet voor eeuwig gefixeerd doch veranderlijk. Veranderlijk is echter niet hetzelfde als veranderbaar. Dat laatste zijn zij nauwelijks, en in elk geval niet op mechanische wijze via de keuze voor andere 'instrumenten' door een bewindspersoon. In wezen zijn het produkten van ingewikkelde, nauwelijks begrepen en zeker niet beheerste doch in hoge mate autonome processen van kennis-, wils-, machts- en beeldvorming. De keuze voor bepaalde 'bestuursinstrumenten' schept daarom maar zeer ten dele andere verhoudingen, terwijl het aan de andere kant zo is dat de bestaande verhoudingen bepalen welke 'instrumenten' wel en welke niet goed gebruikt kunnen worden, en hoe zij gebruikt worden. Daarom is het praten over 'bestuursinstrumenten' oneigenlijk taalgebruik en staat het woord hier tussen aanhalingstekens.

Het effect van 'bestuursinstrumenten' is dus nooit in mechanische zin instrumenteel, maar altijd afhankelijk van de verhoudingen waarin de instrumenten ingepast moeten worden. Dat proces van inpassing gaat moeizamer naarmate zij sterker contrasteren met de bestaande spelhouding, routines, patronen, verwachtingen en belangen. Het gevolg kan zijn dat de instrumenten in het proces waarin deze ingevoerd worden, onherkenbaar verminkt worden. Daarom is de verwachting van Maarse dat "de kans (...) groot (is) dat de radicale voorstellen van de Commissie Dekker tijdens het verdere verloop van het besluitvormingsproces steeds verder zullen worden 'geïncrementaliseerd'" (Maarse, 1990: p. 368) ongetwijfeld juist. Dat wil niet zeggen dat de zetten van het departement die gebaseerd zijn op het nieuwe denken over de besturing van de gezondheidszorg het spelverloop niet zullen beïnvloeden. Dat zullen zij zeker, zoals ook het planningstelsel uit de Structuurnota het spel beïnvloed heeft.

Een open vraag is echter of het spel zal veranderen in de door het departement gewenste richting, in casu betere kostenbeheersing en meer afstemming, doelmatigheid en doeltreffendheid. Misschien zal het lukken de gezondheidszorgmarkt ietwat te dereguleren. Misschien. Maar wat voor een marktstructuur ontstaat er dan? Wie zegt dat er dan iets ontstaat dat op een volkomen markt lijkt? Regionale monopolies zijn in elk geval niet uit te sluiten. Misschien kan de concurrentie tussen de aanbieders aangewakkerd worden. Maar wie zegt dat dezen daar in zullen berusten? De concentratie die sinds het rapport van

de Commissie Dekker onder de ziekenfondsen heeft plaatsgevonden doet het ergste vrezen. Maar, en nu komt er weer een misschien, misschien komt er toch concurrentie, ondanks de oligopolische aanbodstructuur. Wie garandeert dan dat er geconcentreerd gaat worden op basis van prijs en kwaliteit? Kan dat wel in de gezondheidszorg?

Onmogelijk is het allemaal niet en ik wil ook niet uitsluiten dat het gaat lukken, maar waarschijnlijk achten doe ik het ook niet. Net als in de voorgaande jaren zullen de bestuurspelen in de gezondheidszorg gewoon hun eigen gang gaan. Zij zijn voorlopig nog onder niemands controle en wat er uit komt is af te wachten.

## Noten

- \*. Ik dank mijn collega's Bert en Eric Willems (geen familie van elkaar) voor hun gewaardeerde commentaar.
- 1. In dat opzicht is er een aardige parallel met het model van de volkomen markt: ook daar zijn prijs en volume het resultaat van individuele beslissingen, en ook daar komt dat resultaat als het ware achter de rug van de betrokkenen om tot stand. Hun beslissingen zijn doorslaggevend, maar geen van hen kan de uitkomsten naar zijn hand zetten. Er is geen macht over de markt en dat moet ook zo zijn, want op die manier wordt in het model een collectief welvaartsoptimum bereikt. De werkelijke verhoudingen in ziekenhuisland lijken echter volstrekt niet op de vooronderstellingen die aan het model van de volkomen markt ten grondslag liggen. De discrepantie kon nauwelijks groter zijn. Aan geen van de basisvoorwaarden voor een optimaal werkende markt wordt ook maar bij benadering voldaan, zodat men vrezen moet dat de uitkomsten van de daar gespeelde bestuurspelen voor de collectieve welvaart bepaald suboptimaal, zo niet erger zijn.

## Literatuur

- Baakman N.A.A., 1987, De grenzen uitgewist. Overheid en maatschappij in de gezondheidszorg, in R.T.J.M. Janssen, P. Kocken en J.H. van der Made (red.), *Externe adviesorganen in de gezondheidszorg. Het Grijze Circuit belicht*, Lochem en Gent, 1987, pp. 19-31.
- Baakman N.A.A., 1988, Transformaties van overheid en maatschappij, in J.G.A. van Mierlo en L.G. Gerrichhauzen en J.G.A. van Mierlo (red.), *Het particuliere initiatief in de Nederlandse verzorgingsmaatschappij. Een bestuurskundige benadering*, Lochem, 1988, pp. 51-75.
- Baakman N.A.A., 1989, Bedreigde organisaties: in de knel tussen overheid en markt?, in J.G.A. van Mierlo (red.), *Particulier initiatief in de klem. Gemengd tussen politiek en bedrijfsleven?*, Lochem, pp. 35-51.
- Baakman N.A.A., 1990, *Kritiek van het openbare bestuur. Besluitvorming over de bouw van ziekenhuizen in Nederland tussen 1965 en 1980*, Amsterdam.
- Janssen R.T.J.M., P. Kocken en J.H. van der Made (red.), 1987, *Externe adviesorganen in de gezondheidszorg. Het Grijze Circuit belicht*, Lochem en Gent.

- Maarse J.A.M., 1990, Kostenbeheersing in de gezondheidszorg. Gevolgen voor de machtsverdeling tussen overheid en veld, in *Beleidswetenschap*, jrg.4, nr. 4, pp.356-370.
- Mierlo J.G.A. van (red.), 1989, *Particulier initiatief in de klem. Gemengd tussen politiek en bedrijfsleven?*, Lochem.
- Mierlo J.G.A. van en L.G. Gerrichhauzen (red.), 1988, *Het particulier initiatief in de Nederlandse verzorgingsmaatschappij. Een bestuurskundige benadering*, Lochem.

## 6. VAN OVERHEIDSREGULERING NAAR GEREGULEERDE CONCURRENTIE De vestiging van huisartsen

E.H. Willems

### 1. Inleiding

Midden jaren zeventig werd er onder meer door staatssecretaris Hendriks werk van gemaakt om de diverse onderdelen van de integrale gezondheidszorg in Nederland beter op elkaar af te stemmen. In de eerstelijnsgezondheidszorg betrof dit onder andere de huisartsenzorg. Daaraan zijn uiteraard vele aspecten te onderscheiden, zoals opleiding, taken, relatie met de andere zorgvoorzieningen, enzovoorts. Een aspect waar wij in dit hoofdstuk de aandacht op willen richten is de vestigingsproblematiek. De hypothese luidt dat met dit instrument vele andere aspecten, zoals bij voorbeeld omvang en kwaliteit van de huisartsenzorg, beïnvloed kunnen worden.

In nog geen tien jaar tijd hebben huisartsen zich aan vier verschillende vestigingsregimes moeten onderwerpen. Tot 1983 was de vestiging geheel vrij. Dat wil zeggen: er was geen enkele wettelijke regeling, maar er bestonden wel beroepscodes, zoals de goodwill-som bij het overnemen van een bestaande praktijk. Vanaf 1983 heeft de beroepsgroep zelf, door middel van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) een poging gedaan om de vestiging van huisartsen te regelen. Na het falen van deze poging tot zelfregulering is per 1 januari 1986 het besluit houdende vestiging en praktijkomvang huisartsen, (Bvph) in werking getreden. Eind augustus 1990 maakte de staatssecretaris van WVC bekend dat het Bvph weer wordt ingetrokken. Vanaf dat moment is de vestiging in principe weer vrij en vergelijkbaar met de situatie vóór 1983. Alleen hebben de destijds geldende beroepscodes plaats gemaakt voor marktregulering. De aanleiding voor de wisseling van regime is steeds terug te voeren op het probleem, hoe de huisartsen in te passen in de integrale gezondheidszorg. Dit mede als onderdeel van de operatie om de kosten van de totale gezondheidszorg beter te kunnen beheersen.

In het navolgende komen wij daar aan de hand van een aantal vragen op terug. De volgende vragen zijn relevant. Hoe was de situatie vóór 1983 toen de vestiging (wettelijk) geheel vrij was? Waarom moest de vestiging worden gereguleerd? Waarom eerst de regulering door de beroepsgroep zelf? Wat maakte het ingrijpen van de overheid noodzakelijk? Welke voor- en nadelen had het Bvph? Waarom werd het besluit ingetrokken ten gunste van de wer-